

## Research Article

**Intensi fertilitas wanita usia subur dan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia: analisis data Performance Monitoring and Accountability 2020**

*Fertility intention and unintended pregnancy among reproductive aged women in Indonesia: analysis of Performance Monitoring and Accountability 2020*

Supriyatna<sup>1</sup>, Fatwa Sari Tetra Dewi<sup>2</sup>, Siswanto Agus Wilopo<sup>3</sup>

**Abstract**

**Purpose:** This research aimed to study the connection of fertility intention with unintended pregnancy of reproductive women in Indonesia. **Methods:** This cross-sectional study used performance monitoring and accountability data 2020 phase I of 2015. Subjects were 5,581 reproductive women of age 15-49, married, sexually active, ever pregnant and fecund. Analysis techniques used univariable (descriptive), bivariable (chi-square), while multilevel (general linear model) was used as last analysis technique for hierarchical data such as performance monitoring and accountability data. All tests used confidence interval (CI) 95% and significance rate  $p < 0.05\%$ . **Results:** Reproductive women with fertility intention who do not want any more children had 1.53 times greater probability to have unintended pregnancy, compared to those undecided about their fertility intention. The majority of low educated reproductive women in province level had risk probability to unintended pregnancy. However, the proportion of poor and poorest residents of province level had protective probability to unintended pregnancy. Relation variation between reproductive women's fertility intention and unintended pregnancy in community level was statistically significant. **Conclusion:** Providers should target community groups to be given interventions on the prevention of unwanted pregnancies based on results of the target fertility intent analysis.

**Keywords:** fertility intention; unintended

**Dikirim:**  
9 Januari 2017

**Diterbitkan:**  
24 Mei 2018

<sup>1</sup> Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (Email: supriyatnaskm@yahoo.com)

<sup>2</sup> Departemen Perilaku Kesehatan, Lingkungan, dan Kedokteran Sosial, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup> Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

## PENDAHULUAN

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) adalah masalah dunia. Tahun 2008 terjadi 208 juta kehamilan di dunia, dan 41% diantaranya merupakan KTD (1). Sejak 1995 sampai 2012, persentase KTD cenderung stagnan pada angka 40% dari jumlah total seluruh kehamilan di dunia. Kondisi hampir sama terjadi di Asia Tenggara tahun 2012, 44% dari total kehamilan berasal dari KTD (2).

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228 tahun 2007 menjadi 359 tahun 2012 (3). Salah satu penyebab kematian ibu di Indonesia adalah aborsi (11-30%) (4). Angka KTD di Indonesia meningkat sesuai laporan survei demografi kesehatan Indonesia (SDKI). Tahun 2012 KTD mencapai 13,6%, sedangkan tahun 2015 menjadi 16% (5).

Kehamilan tidak diinginkan terjadi karena alat kontrasepsi gagal, penggunaan alat kontrasepsi tidak benar dan konsisten, atau tidak menggunakan alat kontrasepsi (6). KTD termasuk hak reproduksi yang fundamental. Hak untuk mengendalikan kesuburan, tidak hanya tergantung pada kepastian akses informasi dan kontrasepsi aktual yang sedang digunakan, tergantung pada kebebasan individu dalam membuat keputusan tentang kehidupan seksual dan reproduksi (7).

Konsep *demand for family planning* menjelaskan beberapa kemungkinan antara harapan dan kondisi aktual penggunaan kontrasepsi. Sebagian besar negara dengan prevalensi program keluarga berencana (KB) yang berkembang signifikan memiliki fakta sistematis. Terdapat pasangan dengan jumlah anak lebih banyak dari yang diharapkan. Hal tersebut terjadi karena ketidaksesuaian pilihan kontrasepsi dengan intensi fertilitas (8). Ketidaksesuaian antara intensi fertilitas dan fertilitas aktual dapat dijelaskan melalui *unmet-need*, yang lebih banyak terjadi pada wanita dengan KTD (9).

Fertilitas yang diaktualisasikan dengan kelahiran anak atau kehamilan terjadi karena seseorang memiliki intensi dan hal tersebut dipengaruhi oleh faktor individu, demografi dan faktor sosial (10). Hal yang hampir sama dimana fertilitas terjadi karena intensi, baik dalam hal jumlah anak maupun waktu saat menginginkan kehamilan, dan hal tersebut diaktualisasikan dengan pola penggunaan kontrasepsi yang digunakan (11). Penelitian menunjukkan peluang kehamilan saat *follow up* 2 tahun, lebih sedikit terjadi pada kelompok dengan intensi fertilitas ingin anak lebih dari 2 tahun dan tidak ingin anak lagi dibandingkan kelompok *baseline* yang menginginkan anak sekarang atau kurang dari 2 tahun (12). Berdasar variasi hubungan antara intensi fertilitas dan fertilitas aktual wanita usia subur, serta peningkatan angka kehamilan tidak diinginkan di Indonesia, maka peneliti ingin mengkaji hubungan intensi fertilitas wanita usia subur (WUS) dengan kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.

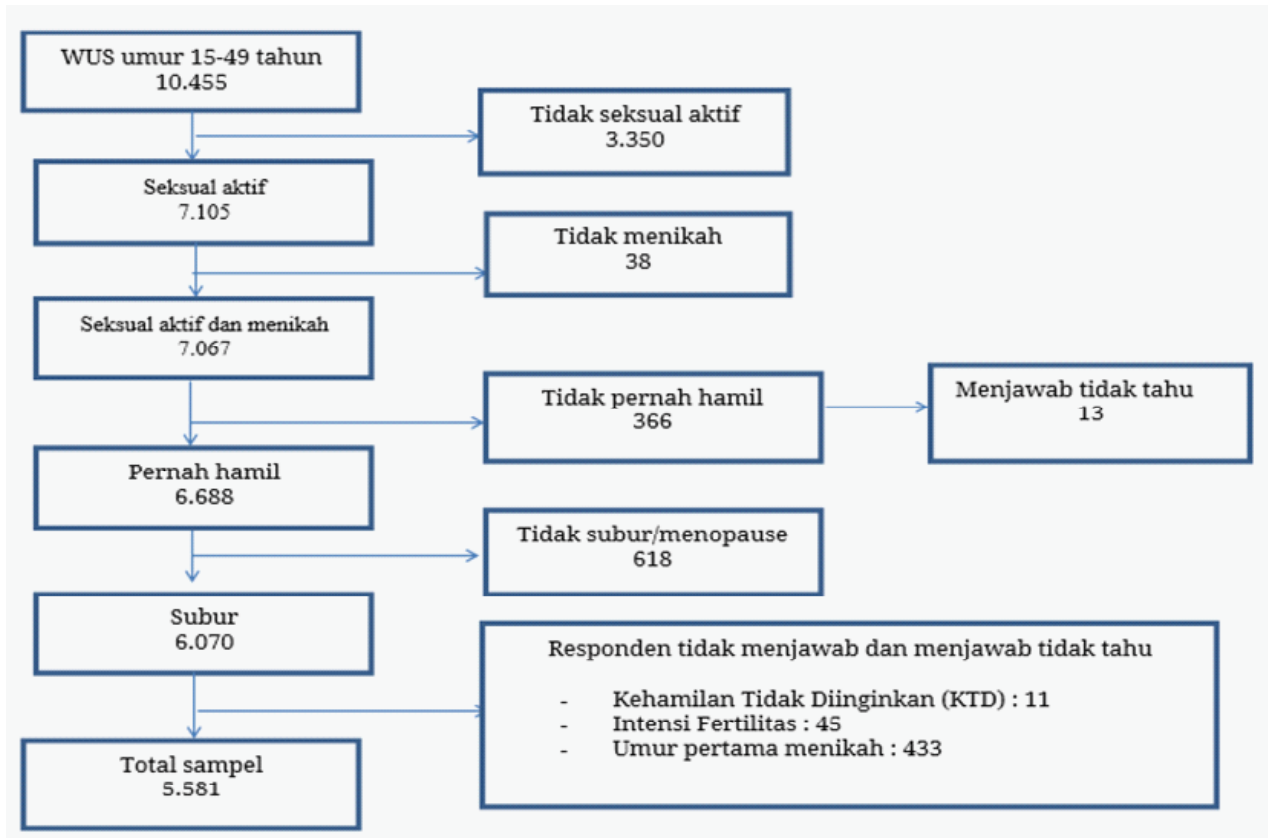
## METODE

Penelitian ini menggunakan data PMA 2020 *round 1* 2015 yang merupakan sistem pengumpulan data rutin terhadap indikator keluarga berencana dengan menggunakan sistem *mobile (open data kit collect software)* melalui telepon genggam ataupun alat lain yang dapat menunjang. Penelitian meliputi seluruh wilayah Indonesia berdasarkan blok sensus yang telah ditetapkan. Blok sensus sebanyak 372 blok sensus yang tersebar di 33 provinsi. Setiap blok sensus terpilih sebanyak 35 rumah tangga terpilih untuk wawancara. Rancangan penelitian adalah *cross-sectional*.

PMA 2020 menggunakan metode penarikan sampel secara stratifikasi dua tahap. Tahap pertama memilih sejumlah kluster/blok sensus dengan *probability proportionate to size* (PPS), dengan ukuran jumlah rumah tangga dari kerangka sampel blok sensus (BS) menurut Sensus Penduduk (SP) 2010. Tahap kedua memilih 35 rumah tangga terpilih di setiap kluster terpilih (BS terpilih) dengan cara acak dari hasil pemutakhiran rumah tangga pada BS tahap pertama. Semua wanita usia subur umur 15 – 49 tahun di rumah tangga yang memenuhi syarat dilakukan wawancara. Alur pemilihan responden disajikan pada Gambar 1.

Variabel bebas adalah intensi fertilitas WUS, sedangkan variabel terikat adalah KTD. Variabel luar adalah umur, paritas, usia saat menikah, pendidikan wanita, status ekonomi, dan penggunaan alat kontrasepsi. Analisis univariabel dilakukan untuk melihat gambaran karakteristik WUS yang sedang hamil dan pernah hamil saat pendataan PMA2020 yang dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan persentase pada masing-masing. Analisis bivariabel untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel pada kelompok yang diteliti yaitu variabel bebas dengan variabel terikat yang diuji dengan menggunakan uji *Chi-square*. Analisis bivariabel dilakukan melalui dua langkah, pertama melihat hubungan antara variabel bebas (intensi fertilitas) dan variabel luar (umur, paritas, status ekonomi, pendidikan, umur menikah pertama, penggunaan kontrasepsi) dengan variabel terikat (KTD).

Analisis multilevel dilakukan melalui 5 tahap yaitu, model 1 sebagai model awal adalah *null* model yaitu hanya *intercept* dan efek komunitas tanpa menyertakan variabel bebas baik level individu maupun level komunitas untuk memprediksi kehamilan tidak diinginkan berdasarkan variasi provinsi. Model 2 melihat pengaruh variabel bebas utama di level individu terhadap kehamilan tidak diinginkan setelah mempertimbangkan variasi level provinsi. Model 3 melihat pengaruh variabel bebas utama level individu terhadap kehamilan tidak diinginkan setelah mempertimbangkan variasi level provinsi dan variabel luar level individu. Model 4 menyertakan seluruh variabel level individu dan satu variabel kontekstual pada level provinsi. Model 5 menyertakan seluruh variabel baik individu maupun komunitas dari level provinsi.



Gambar 1. Alur pemilihan responden penelitian

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner PMA2020 yang meliputi pertanyaan kuesioner wanita dan rumah tangga. Data PMA2020 Gelombang I Tahun 2015 tersedia dalam bentuk input program STATA yang diunduh melalui website resmi PMA2020. Data diolah dengan bantuan *software* statistik STATA versi 13.

## HASIL

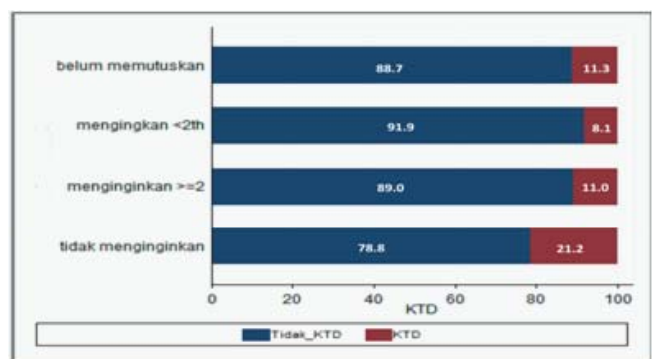
Tabel 1 menunjukkan mayoritas responden tidak mengalami KTD. Distribusi proporsi KTD terkecil terdapat pada wanita usia subur dengan kategori intensi fertilitas menginginkan anak <2 tahun.

Distribusi wanita usia subur yang tidak KTD lebih besar daripada wanita usia subur dengan KTD. Wanita usia subur dengan KTD sebesar 16,3%. Sebagian besar distribusi wanita ini dengan intensi tidak menginginkan anak lagi. Wanita usia subur dengan proporsi distribusi intensi terkecil terdapat pada kategori meng- inginkan anak kurang dari 2 tahun.

Tabel 2 menunjukkan distribusi penggunaan kontrasepsi. Pengguna kontrasepsi modern metode kontrasepsi jangka pendek merupakan yang terbanyak. Dari semua jenis kontrasepsi modern jangka pendek dapat terlihat bahwa metode suntik 3 bulan umum dilakukan, sedangkan untuk metode kontrasepsi jangka panjang, IUD adalah kontrasepsi yang paling banyak digunakan.

Gambar 2 menunjukkan distribusi KTD lebih banyak terjadi pada WUS dengan intensi fertilitas tidak

menginginkan anak lagi, baik 'KTD' maupun 'KTD saat itu'. Distribusi proporsi KTD terkecil terdapat pada WUS dengan kategori intensi fertilitas menginginkan anak <2 tahun.



Gambar 2. Distribusi KTD berdasarkan intensi fertilitas

Tabel 3 menunjukkan status ekonomi dan pendidikan WUS tidak memiliki variasi peluang mencolok terhadap KTD. Ada kecenderungan semakin berpendidikan lebih tinggi maka peluang KTD semakin kecil. WUS dengan intensi fertilitas tidak menginginkan anak lagi berpeluang lebih besar mengalami KTD dibanding WUS dengan intensi fertilitas ingin anak lagi dan belum menentukan intensi fertilitas. WUS dengan kelompok umur 40-44 tahun berpeluang paling besar mengalami KTD. Semakin banyak paritas WUS maka semakin besar peluang KTD.

Tabel 4 menunjukkan model analisis multilevel akhir. Intensi fertilitas WUS tidak ingin anak lagi 1,53 kali lebih besar mengalami KTD dibanding dengan WUS yang belum

Tabel 1. Distribusi frekuensi KTD dan faktor-faktor yang memengaruhi (n=5581)

Karakteristik responden	%
<b>KTD**</b>	
Tidak KTD	83.7
KTD saat itu	11.3
KTD sama sekali	5.0
<b>Intensi fertilitas**</b>	
Belum memutuskan	13.3
Menginginkan <2th	9.2
Menginginkan >=2	23.5
Tidak menginginkan	54.0
<b>Umur</b> (min=15, max=49, mean=34)**	
15-19	1.8
20-24	10.3
25-29	18.1
30-34	22.3
35-39	20.5
40-44	17.6
45-49	9.4
<b>Paritas</b> (min=0, max=21, mean=2)**	
0-1	30.8
2-3	57.9
4+	11.3
<b>Status Ekonomi**</b>	
Sangat miskin	13.9
Miskin	17.9
Menengah	21.8
Kaya	22.4
Sangat kaya	23.9
<b>Pendidikan**</b>	
Tidak Sekolah (n=72)	1.3
SD (n=1835)	32.9
SMP (n=1520)	27.3
SMA (n=1611)	28.8
Akademi/Universitas (n=543)	9.7
<b>Umur menikah</b> (min 11, maks 30, mean 20)	
<20 tahun (n=2612)	46.9
20-24 tahun (n=2159)	38.6
>24 tahun (n=810)	14.5

Keterangan: \*data tertimbang, \*\*variabel pada level individu

memutuskan intensi fertilitas setelah menimbang variabel luar level individu dan variabel kontekstual di level komunitas. Berdasar nilai koefisien korelasi, variasi peluang KTD yang disebabkan oleh variabel yang tidak teramati di level provinsi mengalami penurunan cukup signifikan dari 22% menjadi 11%. Nilai itu menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor level komunitas yang tidak teramati dan hubungan dengan KTD. Berdasar nilai *inter-class correlation*, faktor komunitas level provinsi memiliki peranan cukup besar dalam menjelaskan KTD.

## BAHASAN

Keluarga berencana dianggap sebagai prestasi dalam bidang kesehatan masyarakat di abad terakhir ini. Hal ini dibuktikan dengan peningkatan angka pengguna alat kontrasepsi di dunia menjadi tiga per lima dari pasangan

Tabel 2. Distribusi penggunaan kontrasepsi\* (n=5581)

Variabel	%
<b>Metode kontrasepsi modern**</b>	
<b>Metode kontrasepsi jangka panjang (n=863)</b>	
MOW (n=207)	3,7
MOP (n=6)	0,1
Implant (n=314)	5,6
IUD (n=336)	6
Subtotal	15,4
<b>Metode kontrasepsi jangka pendek (n=3429)</b>	
Suntik_3 bulan (1940)	34,8
Suntik_1bulan (n=349)	6,3
Pil (n=1009)	18,1
Kondom_laki2 (n=130)	2,3
Kondom_wanita (n=0)	0
MAL (n=1)	0
<b>Metode kontrasepsi tradisional (n=1148)</b>	
Manik-manik (n=1)	0
Pantang Berkala (n=68)	1,2
Senggama terputus (n=55)	1
Metode_tradisional_lain (n=17)	0,3
Subtotal (n=141)	2,5
Tidak menggunakan kontrasepsi** (n=1148)	20,6

Keterangan: \*data tertimbang, \*\*variabel pada level individu

yang telah terpapar program KB. Namun, di beberapa negara pencapaian angka pengguna kontrasepsi modern terkendala akses lemah dan beban KTD yang besar (13). Sampai tahun 2012 KTD cenderung stagnan di angka 40% di dunia, dan kondisi yang hampir sama terjadi di Asia Tenggara (2).

Prevalensi kehamilan tidak diinginkan mengalami fluktuasi sejak 2007 berdasarkan Laporan SDKI dimana mencapai 19,7%, tahun 2012 mengalami penurunan sebesar 6,1%. Namun tahun 2015 angkanya kembali naik sebesar 2,7% menjadi 16,3% (5). Penelitian ini menjelaskan tentang variasi kehamilan tidak diinginkan pada wanita usia subur di Indonesia berdasarkan intensi fertilitasnya yang merupakan gambaran baru tentang distribusi kehamilan tidak diinginkan jika dilihat dari intensi fertilitas wanita usia subur.

Idealnya, berdasarkan intensi fertilitas, WUS yang tidak menginginkan anak lagi tidak akan mengalami KTD. Seseorang dengan intensi fertilitas menginginkan anak 2 tahun kedepan adalah yang paling mungkin memiliki anak. Namun berdasarkan hasil penelitian, lebih dari 20% WUS yang tidak menginginkan anak lagi justru mengalami KTD (10).

Intensi fertilitas, umur, paritas, umur menikah dan penggunaan kontrasepsi dapat memprediksi KTD, sementara status ekonomi dan pendidikan wanita tidak dapat memprediksi KTD. Setelah dilakukan analisis multilevel terjadi perubahan signifikansi, dimana hanya intensi fertilitas, kelompok umur, pendidikan wanita, dan paritas yang dapat memprediksi KTD. Penggunaan kontrasepsi menjadi tidak signifikan dalam analisis multilevel dan pendidikan wanita menjadi signifikan.



Tabel 3. Odds ratio faktor yang memengaruhi KTD

Karakteristik	KTD		OR	95% CI
	Tidak n=4671	Ya n=910		
<b>Intensi fertilitas</b>				
Belum memutuskan	660	84	Ref	
Menginginkan <2 tahun	473	42	0.69	0.45-1.07
Menginginkan ≥ 2 tahun	1168	144	0.97	0.71-1.33
Tidak menginginkan	2371	640	2.12	1.61-2.78*
<b>Umur (tahun)</b>				
15-19	92	8	Ref	
20-24	514	58	1.34	0.59-3.05
25-29	868	144	1.96	0.88-4.33
30-34	1060	187	2.10	0.95-4.60
35-39	953	192	2.38	1.08-5.24*
40-44	759	223	3.48	1.58-7.6*
45-49	426	98	2.73	1.22-6.12*
<b>Paritas</b>				
0-1	1572	144	Ref	
2	1872	288	1.68	1.33-2.13*
3+	1227	478	4.26	3.39-5.36*
<b>Status Ekonomi</b>				
Sangat miskin	663	110	Ref	
Miskin	830	171	1.24	0.93-1.64
Menengah	1027	193	1.13	0.86-1.49
Kaya	1055	196	1.12	0.84-1.48
Sangat kaya	1096	239	1.31	0.99-1.73
<b>Pendidikan</b>				
SD	1525	311	Ref	
SMP	1248	272	1.06	0.87-1.32
SMA	1364	246	0.89	0.71-1.09
Akademi/Universitas	474	69	0.71	0.52-0.97*
<b>Umur menikah</b>				
<20 tahun	2146	466	Ref	
20-24 tahun	1808	350	0.89	0.75-1.10
>24 tahun	717	93	0.59	0.46-0.78*
<b>Kontrasepsi</b>				
Tidak menggunakan	1111	177	Ref	
Non MKJP	2909	522	1.12	0.91-1.39
MKJP	652	211	2.02	1.57-2.61*

Keterangan: \*Nilai signifikansi data tertimbang ( $p < 0,05$ ); \*\*odds ratio analisis regresi logistik; \*\*\*interval kepercayaan analisis regresi logistik

Pada level komunitas, proporsi penduduk miskin dan termiskin dan WUS berpendidikan rendah secara signifikan berhubungan dengan KTD baik berdasarkan analisis bivariabel maupun multilevel.

Pada level individu, WUS dengan kelompok umur di atas 35 tahun memiliki kontribusi pengaruh protektif terhadap hubungan intensi fertilitas terhadap KTD. Semakin muda umur seseorang maka akan semakin besar kemungkinan mengalami KTD, dan semakin tua umur seseorang maka akan semakin protektif terhadap terjadinya KTD (14).

Pendidikan dapat memprediksi kehamilan tidak diinginkan pada analisis multilevel. Makin tinggi pendidikan wanita usia subur maka peluang kehamilan tidak diinginkan makin kecil. Hal ini sesuai dengan penelitian Bennett *et al.* (2006), yang menyatakan bahwa

semakin rendah tingkat pendidikan berhubungan dengan KTD (15). Tingkat pendidikan yang rendah erat kaitannya dengan tidak menggunakan alat kontrasepsi, penggunaan alat kontrasepsi yang tidak efektif dan peningkatan angka kegagalan kontrasepsi (16).

Penelitian menunjukkan bahwa paritas berperan dalam peningkatan peluang hubungan intensi fertilitas dengan KTD. Dalam analisis multilevel, wanita usia subur dengan paritas 3 anak atau lebih berpeluang untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan sebanyak 5 kali lebih besar daripada WUS dengan paritas 0 sampai 1 anak. Semakin tinggi paritas wanita usia subur maka akan semakin tinggi peluang mengalami kehamilan tidak diinginkan. KTD merupakan salah satu alasan dengan persentase tertinggi mengapa wanita usia subur dengan paritas lebih dari 2 anak mengalami kehamilan ke 3 dan seterusnya (17). Wanita dengan paritas yang tinggi akan meningkatkan kemungkinan kehamilan tidak diinginkan (18).

Penggunaan alat kontrasepsi dalam analisis multilevel tidak signifikan terhadap KTD. Meski demikian, analisis bivariabel menunjukkan penggunaan kontrasepsi berhubungan secara signifikan dengan KTD. Penggunaan kontrasepsi memegang peran penting terhadap KTD terkait kegagalan dan diskontinuitas penggunaan (19). Intensi fertilitas selalu sangat signifikan dalam mempengaruhi penggunaan kontrasepsi, wanita yang ingin anak segera secara signifikan jarang menggunakan semua kategori kontrasepsi KB reversibel jika dibandingkan dengan wanita yang tidak ingin anak lagi (20).

KTD merupakan indikator yang terkait dengan kesehatan reproduksi wanita dan indikator yang terkait hak wanita kapan ingin melahirkan anak. Informasi tentang kapan WUS ingin memiliki anak atau tidak ingin memiliki anak digunakan untuk mengukur intensi fertilitas (12). Konsep dalam *Theory Plan Behaviour* menyatakan bahwa intensi fertilitas berkaitan dengan beberapa faktor yang dapat memengaruhi sampai pada akhirnya menjadi sebuah perilaku. Kontrol perilaku, norma subjektif dan kontrol perilaku memengaruhi pembentukan intensi fertilitas sampai pada terjadi kehamilan (21). Hal ini sejalan dengan penelitian Dibaba (2009) yang menjelaskan bahwa intensi fertilitas wanita dipengaruhi faktor demografi, sosio-ekonomi, dan faktor program. Beberapa faktor luar pada penelitian yang digunakan sebagai kontrol adalah faktor demografi, sosio-ekonomi dan faktor penggunaan kontrasepsi (22).

Penelitian ini menemukan hubungan signifikan antara intensi fertilitas pada wanita usia subur terhadap kehamilan tidak diinginkan. Demikian dengan hasil analisis multilevel, yang menyatakan bahwa WUS dengan intensi fertilitas tidak ingin anak lagi berpeluang 1,5 kali lebih besar mengalami kehamilan tidak diinginkan daripada wanita usia subur yang belum memutuskan intensi fertilitas. Hasil penelitian ini sejalan dengan

Tabel 4. Odds ratio hasil analisis multilevel menggunakan *general linear model*: pengaruh faktor individu dan provinsi terhadap kehamilan tidak diinginkan di Indonesia

Karakteristik responden	Model 1** OR (95% CI)	Model 2** OR (95% CI)	Model 3** OR (95% CI)	Model 4** OR (95% CI)	Model 5** OR (95% CI)
<b>Level 1, individu (n = 5581)</b>					
<b>Intensi Fertilitas</b>					
Belum memutuskan <sup>Ref</sup>	1	1	1	1	1
Menginginkan anak <2 tahun	0,55 (0,37-0,82)*	0,76 (0,51-1,16)	0,76 (0,51-1,16)	0,77 (0,51-1,17)	
Menginginkan anak ≥2 tahun	0,89 (0,67-1,19)	1,13 (0,84-1,54)	1,14 (0,84-1,54)	1,15 (0,85-1,56)	
Tidak menginginkan anak lagi	2,08 (1,62-2,66)*	1,53 (1,17-1,99)*	1,53 (1,17-1,99)*	1,53 (1,17-1,99)*	
<b>Umur</b>					
15 - 24 tahun <sup>Ref</sup>		1	1	1	
25 - 34 tahun		0,88 (0,64-1,20)	0,88 (0,64-1,20)	0,87 (0,63-1,19)	
35 - 49 tahun		0,64 (0,45-0,91)*	0,64 (0,45-0,91)*	0,63 (0,44-0,90)*	
<b>Status Ekonomi</b>					
Sangat miskin <sup>Ref</sup>		1	1	1	
Miskin		1,11 (0,84-1,46)	1,10 (0,84-1,46)	1,09 (0,83-1,44)	
Menengah		0,98 (0,75-1,29)	0,98 (0,74-1,28)	0,96 (0,73-1,26)	
Kaya		0,93 (0,71-1,23)	0,93 (0,70-1,22)	0,92 (0,69-1,20)	
Sangat kaya		0,92 (0,69-1,22)	0,91 (0,69-1,21)	0,90 (0,68-1,19)	
<b>Umur menikah pertama</b>					
< 20 tahun		1	1	1	
≥ 20 tahun		0,92 (0,78-1,09)	0,92 (0,78-1,09)	0,92 (0,78-1,09)	
<b>Penggunaan Alat Kontrasepsi</b>					
Tidak menggunakan <sup>Ref</sup>		1	1	1	
Non MKJP		0,97 (0,80-1,17)	0,97 (0,80-1,17)	0,96 (0,79-1,16)	
MKJP		1,25 (0,98-1,60)	1,25 (0,98-1,60)	1,24 (0,97-1,58)	
<b>Pendidikan Wanita</b>					
SD		1	1	1	
SMP		1,35 (1,10-1,65)*	1,35 (1,10-1,65)*	1,37 (1,12-1,68)*	
SMA		1,26 (1,01-1,57)*	1,26 (1,01-1,57)*	1,29 (1,03-1,60)*	
Akademi/Universitas		1,27 (0,92-1,75)	1,27 (0,92-1,75)	1,31 (0,95-1,79)	
<b>Paritas</b>					
0-1		1	1	1	
2		1,82 (1,39-2,38)*	1,82 (1,39-2,39)*	1,85 (1,41-2,42)*	
≥ 3		4,86 (3,59-6,58)*	4,87 (3,60-6,59)*	4,97 (3,67-6,72)*	
<b>Level 2, Provinsi (n = 33)</b>					
Proporsi penduduk miskin dan termiskin				0,99 (0,97-1,01)	0,96 (0,95-0,98)*
Proporsi WUS berpendidikan erendah					1,07 (1,04-1,09)*
<b>Random Effect</b>					
Variasi provinsi	0,74 (0,4-1,4)	0,81 (0,4-1,5)	1,0 (0,5-1,9)	0,98 (0,5-1,8)	0,39 (0,2-0,8)
MOR [95% CI]	2,2 (1,8-3,1)	2,3 (1,9-3,2)	2,6 (2,03-3,68)	2,6 (2,0-3,6)	1,8 (1,5-2,4)
ICC	0,18	0,19	0,23	0,22	0,11
<b>Statistic Model</b>					
AIC	4848	4711	4556	4558	4539
BIC	4862	4744	4682	4690	4678

Keterangan: \* Nilai signifikansi data tertimbang ( $p < 0.05$ ); \*\*odds ratio analisis regresi logistik; \*\*\*interval kepercayaan analisis regresi logistik; a dihitung dengan menggunakan uji *Pearson's chi-square*

beberapa penelitian yang menyatakan bahwa intensi fertilitas merupakan salah satu faktor kehamilan tidak diinginkan (23-25). Perbedaan dengan penelitian ini adalah pengaruh variabel kontekstual pada level komunitas terhadap hubungan antara intensi fertilitas wanita usia subur dengan kehamilan tidak diinginkan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa wanita usia subur dengan intensi fertilitas tidak ingin anak lagi kemungkinan lebih kecil untuk menggunakan kontrasepsi rasional dibandingkan dengan WUS dengan intensi fertilitas menginginkan anak kurang

dari 2 tahun sehingga kemungkinan mengalami KTD lebih besar (26). Dalam hal pelayanan kontrasepsi, fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kontrasepsi perlu mengetahui intensi fertilitas WUS sehingga kontrasepsi yang dipakai sejalan dengan intensi fertilitas (27). Wanita dengan intensi fertilitas tidak ingin anak lagi seharusnya menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), sehingga tepat dalam penggunaan dan sesuai dengan tujuan untuk menghindari KTD (28).

Penelitian ini menggunakan variabel kontekstual untuk melihat sejauh mana variasi level komunitas

memengaruhi hubungan antara intensi fertilitas wanita usia subur dengan kehamilan tidak diinginkan. Komunitas penduduk asli dengan akses pendidikan rendah dan memiliki lebih dari 2 anak merupakan faktor risiko signifikan terhadap kehamilan tidak diinginkan (7).

Penelitian ini menunjukkan proporsi penduduk miskin dan termiskin pada level provinsi cenderung protektif terhadap KTD, dan bermakna secara statistik. Sedangkan proporsi WUS berpendidikan rendah level provinsi berisiko peluang terhadap KTD. Hal ini berbeda dengan temuan penduduk miskin justru berisiko KTD (29). Penelitian terdahulu menyatakan makin rendah tingkat pendidikan, maka makin berisiko KTD. Wanita dengan pendidikan rendah lebih mungkin mengalami KTD dibanding wanita berpendidikan tinggi (30). Penelitian ini belum mengidentifikasi hubungan sebab akibat intensi fertilitas dan KTD, diharapkan penelitian selanjutnya dapat menjawab keterbatasan tersebut.

## SIMPULAN

Wanita usia subur dengan intensi fertilitas tidak ingin anak lagi berpeluang satu setengah kali (1,5) lebih besar mengalami kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan yang belum memutuskan intensi fertilitas. Variabel pada level individu yang meningkatkan peluang KTD adalah umur, pendidikan wanita, dan paritas. Sedangkan pada level komunitas adalah proporsi penduduk miskin dan termiskin serta proporsi wanita

usia subur berpendidikan rendah tingkat provinsi. Perbedaan karakteristik pada level provinsi meningkatkan variasi peluang KTD sehingga prevalensinya bervariasi di tiap provinsi.

Penelitian ini menghasilkan pengetahuan baru tentang hubungan antara intensi fertilitas wanita usia subur dan KTD serta berbagai variasi pengaruh dari variabel luar level individu dan level komunitas. *Provider* sebaiknya membidik kelompok masyarakat yang akan diberi intervensi pencegahan kehamilan tidak diinginkan berdasarkan hasil analisis intensi fertilitas sasaran.

Perlu peningkatan kualitas konseling KB bagi wanita usia subur dalam menjaga konsistensi intensi fertilitas melalui program *comprehensive double counseling* oleh petugas lapangan keluarga berencana maupun bidan secara kontinyu untuk menjaga konsistensi intensi fertilitas diperlukan agar alat kontrasepsi yang digunakan adalah rasional.

Pemerintah melalui BKKBN sebaiknya menggalakan pemberdayaan dan pelatihan Kader KB dalam memberikan konseling berbasis pendekatan terhadap wanita usia subur, sehingga tidak tergantung pada *provider* kesehatan yang jumlahnya terbatas di wilayah tertentu. Faktor kontekstual penting untuk program pencegahan kehamilan tidak diinginkan, sehingga program dapat dilakukan dengan efektif dan efisien yang terkait peningkatan program kesejahteraan keluarga berbasis KB.

---

## Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari hubungan intensi fertilitas dengan kehamilan ibu reproduktif yang tidak diinginkan di Indonesia. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional* dengan menggunakan data PMA 2020 tahap I tahun 2015. Subjek penelitian adalah 5.581 wanita usia subur usia 15-49 tahun, menikah, aktif secara seksual, hamil dan berkepanjangan. Teknik analisis yang digunakan univariable (deskriptif), bivariabel (*chi-square*), sedangkan multilevel (model linier umum) digunakan sebagai teknik analisis terakhir untuk data hirarkis seperti data PMA. Semua tes menggunakan *confidence interval* (CI) 95% dan tingkat signifikansi  $p < 0,05$ . **Hasil:** Analisis multilevel menunjukkan bahwa wanita reproduktif dengan intensi fertilitas yang tidak menginginkan anak lagi berisiko 1,53 kali lebih besar mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan dengan mereka yang belum memutuskan tentang niat kesuburan. Mayoritas wanita usia subur yang berpendidikan rendah di tingkat provinsi memiliki probabilitas risiko untuk kehamilan yang tidak diinginkan (OR = 1,07; 95% CI: 1,04-1,09). Namun, proporsi penduduk miskin dan termiskin di tingkat provinsi memiliki probabilitas protektif untuk kehamilan yang tidak diinginkan (OR = 0,96; 95% CI: 0,95-0,98). Variasi hubungan antara niat kesuburan wanita reproduksi dan kehamilan yang tidak diinginkan di tingkat komunitas adalah signifikan secara statistik. **Simpulan:** *Provider* sebaiknya menargetkan kelompok masyarakat yang akan diberikan intervensi terhadap pencegahan kehamilan tidak diinginkan berdasarkan hasil analisis intensi fertilitas.

**Kata kunci:** intensi fertilitas; kehamilan yang tidak diinginkan

---

## PUSTAKA

1. Sedgh, G., Singh, S. & Rubina, H. Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. *Studies in Family Planning*. 2010; 41:241-250.
2. Sedgh, G., Singh, S. & Hussain, R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*. 2014; 45(3): 301-314.
3. BPS. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2013*. Calverton Maryland, USA: BPS and Macro International; 2013
4. Sativa, L. R. *PKBI: 11-30 Persen Kematian Ibu Terjadi Akibat Aborsi Tidak Aman; 2015*. Available at <http://health.detik.com>;
5. PMA2020. *PMA 2015/indonesia-R1 performance monitoring & accountability 2020*; 2015. Available at <http://www.pma2020.org>
6. Finer, L. B. & Zolna, M. R. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities. *Contraception*, 84(5): 475-485; Klima, C. S. (1998) Unintended pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. *Journal Nurse Midwifery*. 2011; 43(6): 483-91.
7. Goicolea, I. & Sebastian, M. S. Unintended pregnancy in the Amazon Basin of Ecuador: a multilevel analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2010; 9(14): 1-11.
8. Easterlin, R. A., Wongboonsin, K. & Ahmed, M. A. The Demand for Family Planning: A New Approach. *Studies in Family Planning*. 1998; 19(5): 257-269.
9. Casterline, J. B., El-Zanatay, F. & El-Zeini, L. O. Unmet need and unintended fertility: longitudinal evidence from upper Egypt. *International Family Planning Perspective*. 2003; 29(4): 158-66.
10. Ajzen, I. & Klobas, J. Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. *Demographic Research*. 2013; 29(8): 204-232.
11. Miller, W. B. Differences between fertility desires and intentions: implications for theory, research and policy. *Vienna Yearbook of Population Research*. 2011: 975-98.
12. Speizer, I. S. & Lance, P. Fertility desires, family planning use and pregnancy experience: longitudinal examination of urban areas in three African countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15:294.
13. Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R. & Burke, A. E. Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiologic Reviews*. 2010: 32:152-74.
14. Ikamari, L., Izugbara, C. & Ochako, R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2013; 13(69): 1-9.
15. Bennett, I. M., Culhane, J. F., McCollum, K. F. & Elo, I. T. Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: Any role for depression and contraceptive use? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006; 194(3): 749-754.
16. Tanfer, K., Cubbins, L. A. & Brewster, K. L. Determinants of Contraceptive Choice Among Single Women in the United States. *Family Planning Perspectives*. 1992; 24(4): 155-173.
17. Kumar, M., Jyoti, M., Aruna, P., Poddar, A., Dhariwal, V. & Shailendra, K. Unintended Pregnancy Among Low Income Urban Married Women in India. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*. 2012; 62(1): 52-56.
18. Teshome, T. F., Hailu, A. G. & Teklehaimanot, A. N. Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married pregnant women in Ganji woreda, west Wollega Oromia region, *Ethiopia Science Journal of Public Health*. 2014; 2(2): 92-101.
19. Curtis, S., Evens, E. & Sambisa, W. Contraceptive discontinuation and unintended pregnancy: an imperfect relationship. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011; 37(2): 58-66.
20. Jayne, S. H. & Guilkey, D. K. Contraceptive Determinants in Three Leading Countries. *Population Research and Policy Review*. 1998; 17(4): 329-350.
21. Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2): 179-211.
22. Dibaba, Y. Factors Influencing Women's Intention to Limit Childbearing in Oromia, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2009; 23(1): 28-33.
23. Tonlaar, Y. J. & Ayoola, A. B. Pregnancy Intention and Contraceptive Use Among Low Income Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2014; 43(S1): S71-S71.
24. Nasution, S. L. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penggunaan MKJP di Enam Wilayah Indonesia. *Pusat Penelitian dan Pengembangan KB dan Keluarga Sejahtera BKKBN*. 2011: 1-73.
25. Palamuleni & Adebawale. Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies in Malawi. *African Population Studies*. 2014; 28(1): 551-563.
26. Mustikaningtyas. *Rasional penggunaan metode kontrasepsi (Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012)* TESIS Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. 2015: 1-68.
27. Withers, M. H., Tavrow, P. & Adinata, N. A. Do ambivalent women have an unmet need for family planning? A longitudinal study from Bali, Indonesia. *Women Health Issues*. 2011: 21.
28. Collumbien, M., Gerressu, M. & Cleland, J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati, m., Lopez, A. D., Rodgers, A. & Murray, C. J. L. (eds.) *Comparative Quantification of Health Risks*. Geneva: World Health Organization; 2004



29. Besculides, M. & Laraque, F. Unintended pregnancy among the urban poor. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2004; 81(3): 340-348.
30. Font-Ribera, L., Pérez, G., Salvador, J. & Borrell, C. Socioeconomic Inequalities in Unintended Pregnancy and Abortion Decision. *Journal of Urban Health*. 2008; 85(1): 125-135.